

家庭内ケアと健診未受診との関連：国民生活基礎調査より

鈴木 有佳*¹ 本庄 かつみ*²

目的 子育てと介護の両方を行うダブルケアを含む家庭内ケアを担う者の数が増加している。ダブルケアは家庭内ケア提供者に多くのニーズによる負担を与え、家庭内ケア提供者の健康診断（健診）受診を阻害する可能性がある。しかし先行研究では、家庭内ケアの組み合わせによる家庭内ケアの種類と健診未受診の関連については検討されていない。そこで本研究では、2013年国民生活基礎調査データを用い、家庭内ケアの種類と健診未受診の関連について検討を行った。

方法 2013年国民生活基礎調査データを用い、40-59歳の婚姻経験のある女性71,065名を対象とし、解析を行った。家庭内ケアの種類（ケアなし、子育てのみ、介護のみ、ダブルケア）による過去1年間の健診未受診のオッズ比（odds ratio：OR）をロジスティック回帰分析により推定し、さらに就業の有無によるサブグループ解析を実施した。

結果 子育てのみ群、介護のみ群、ダブルケア群の基本属性と社会経済的要因を調整した健診未受診のORは、ケアなし群と比較し、それぞれ1.09（95% CI：1.05-1.14）、1.07（95% CI：0.99-1.16）、1.49（95% CI：1.31-1.69）だった。ダブルケア群では子育てと介護の両方を行うことにより、健診未受診の追加リスクが生じていた。また、就業の有無によるサブグループ解析の結果、子育てと健診未受診の関連は就業の有無で異なったが、介護ならびにダブルケアと未受診の関連は就業の有無で変わらなかった。

結論 本研究は子育て、特にダブルケアを担う女性は、健診未受診割合が高いことを明らかにした。子育てやダブルケアを行う女性は、自身の健康管理についての優先順位が低い可能性や、健診受診に際して子どもやケアが必要な家族の預け先を見つけることが難しかった可能性が考えられる。健診実施率向上のためには未受診者の家庭内ケアの状況を把握し、それに対応した支援を実施することの必要性が示唆された。

キーワード ダブルケア、介護、子育て、家庭内ケア、特定健診、未受診

I 緒 言

近年、多くの国々において、子どもを持つ年齢、親から独立する年齢、そして社会全体の年齢の上昇が観察されている。この人口学的なトレンドは、子育てと、障害や身体機能の低下のために支援を必要とする他の家族の介護の両方の家庭内ケアを担う、いわゆる「ダブルケア」

者の増加をもたらしている¹⁾。ダブルケア者の多くは、自立していない子どもや他の家族からのニーズ、さらに自らの生活を維持するために必要な仕事等によるニーズが競合する中で、上手く調整しようと葛藤している²⁾³⁾。ダブルケア者は通常40-50代という働き盛りといわれる年代に多いため、社会的にさらなる負担が課されている状況にある⁴⁾。このようなダブルケア

* 1 大阪医科薬科大学医学部社会・行動科学教室助教 * 2 同教授

者に求められる多くのニーズによる葛藤は、ストレスや健康、健康行動へ悪影響をもたらすと考えられる²⁾。

日本では女性の高学歴化や労働市場への参加率の増加等の様々な社会・経済的要因を背景に⁵⁾、第一子出産年齢が1975年の25.7歳から2015年の30.7歳まで過去30年間で5歳上昇した⁶⁾。また、65歳以上の高齢者人口割合は28.1% (2018年) を占め、その割合は上昇が続けることが予測されている⁷⁾。高齢者人口割合の増加に、出産年齢の高齢化も加わることで、近い将来、親を家庭内で介護しながら育児を行う母親の割合は高くなることが予想される。

日本社会における介護は、被介護者の家族が提供する家庭内介護に大きく依存してきた。最近の全国調査では、支援を要する者の58.7%は主に同居する家族によりケアを受けていたのに対し、介護サービス事業者を主な介護者としてケアを受けている者は13.0%のみであったことが報告されている⁸⁾。したがって日本では現在、介護の提供に関して家族が重要な役割を担っている。また日本にはいまだに性別役割分業規範が根強く残っており、女性は家族のケアを行い男性は家の外で働くものとみなされ、家事や家族の用事は主に女性に任せられる⁹⁾。このように日本ではダブルケアを含む家庭内ケアは主に女性が担っており、2016年には、推定253,000人(女性168,000人、男性85,000人)がダブルケアを行っていた¹⁰⁾。今後の高齢者人口割合の継続的な増加に伴い、ダブルケアを行う女性の数も増加することが予想されるため、ダブルケア等の家庭内ケアによる女性の健康や健康行動への影響を検証することは重要である。

家庭内ケアと健康ならびに健康行動の関連に関する先行研究は主に、家庭内ケアとして子育てまたは介護に焦点をあてており¹¹⁾⁻²⁰⁾、ダブルケアによるケア提供者の健康・健康行動への影響については、いまだ十分な疫学的な検証が行われていない³⁾²¹⁾。米国では、家庭内でダブルケアを行っている者は介護のみ行っている者と比較し主観的不健康感のリスクが高いことが報告されている²²⁾。日本では、Suzukiら²³⁾が全国

調査データを解析し、家庭内ケアを行っていない女性に比べて、介護あるいはダブルケアを行う女性では主観的健康感が悪い者の割合が高く、子育てのみを行う女性では低いことを報告している。一方、健康行動に関しては、米国においてダブルケア群はケアなし群、育児のみ群、介護のみ群と比較して、食事に関する健康行動が悪い者の割合が最も高いことが報告されているが²⁴⁾、日本においてはダブルケアと健康行動との関連に関する先行研究は見当たらない。

日本では、40-74歳の人々に対し特定健康診査(特定健診)を実施することが保険者に義務づけられている²⁵⁾。大規模コホート研究の結果、健康診断(健診)を受診しなかった者は、受診した者に比べ、その後の死亡率が高いことが報告されている²⁶⁾。2018年度の特健健診実施率は54.7%であり²⁷⁾、2023年度における目標実施率70%²⁸⁾へ向けて改善の余地は大きい。特に、女性は男性に比べて、実施率が約10ポイント低く(男性59.8%、女性49.7%)²⁷⁾、さらなる対策が求められる。したがって、人々の健診受診を妨げる要因を把握することは、健診実施率向上の礎となり、人々の将来の健康増進に寄与すると考えられる。しかし、ダブルケアと健診受診の関連についての先行研究は実施されていない。ダブルケアをはじめとした家庭内ケア提供による健診受診への影響について検討を行うことで、超高齢社会にある日本において、家庭内外で必要とされる女性を支援する公衆衛生学的な政策のためのエビデンスが生まれることが期待される。

さらに、ダブルケアを提供することによる健診受診への影響は、就業の有無により変化する可能性が考えられる。就業は個人が家庭のために使うことができる時間および自身の健康のために使うことができる時間を制限する上、職場健診の有無とも関連する。家庭内ケアとケア提供者の健診受診の関連について検証する際には、就業の有無についても考慮する必要がある。

そこで本研究では、日本の代表的な全国調査データを用いて、女性における①家庭内ケアの種類(ケアなし、子育てのみ、介護のみ、ダブ

ルケア)と健診未受診の関連、ならびに②ケア提供者の就業状況による関連の違いについて検証を行った。

Ⅱ 方 法

(1) 研究対象者

本研究は、2013年国民生活基礎調査の調査参加者を対象に実施した。2013年調査では全国から層化無作為抽出した295,367世帯に自記式質問票を配布し、そのうち234,383世帯から有効な回答が得られた²⁹⁾。今回の分析にあたり、厚生労働省へ統計法33条に基づくデータ利用申請を行い、利用承認を得た。本研究は、40-59歳の婚姻経験のある女性72,935名を研究対象者とし、そのうち健診受診の有無に関するデータのない1,870名を除外した71,065名を解析対象とした。

なお、国民生活基礎調査は統計法に基づき厚生労働省により実施されており、倫理審査は不要である。

(2) 測定方法

1) 説明変数

本研究の説明変数は家庭内ケアの種類とした。対象者を①ケアなし、②子育てのみ、③介護のみ、④ダブルケア(子育てと介護の両方)の家庭内ケア4群に分類した。子育てについては、自身の18歳以下の子供と同居していると答えた者を子育てありと定義し、介護については、障害や身体機能の低下により手助けや見守りを必要とする6歳以上の家族の主な介護者であると被介護者が回答した者と定義した。

2) 目的変数

本研究の目的変数は、過去1年間の健診未受診とした。本研究では、過去1年間の健診等の受診の有無に関する問いに対し、「ない」と答えた者を健診未受診とした。なお、「健診等」には、人間ドックは含むが、がんのみの検診や妊産婦検診、歯の健康診査は含まない。

3) 共変数

交絡の可能性のある要因として、年齢群(5

歳階級)、居住都道府県群、最終学歴(中学校以下、高等学校、短期大学、大学以上)、世帯における最多所得者の職種(管理・専門職、事務・販売・サービス職、肉体労働職(保安・農林漁業・生産工程・輸送・建築・清掃職等)、その他の職、無職)、婚姻状況(現在の婚姻あり、なし)、月間等価家計支出(四分位)、就業の有無、通院の有無を調整変数として用いた。月間等価家計支出³⁰⁾は調査年5月の世帯総支出額を世帯人員数の平方根で除して求め、解析対象者全員の月間等価家計支出を4分位(Q1(0-9.99万円)、Q2(10.00-13.43万円)、Q3(13.44-17.67万円)、Q4(17.68-106.07万円))にして用いた。なお、過去の研究では、多くの特定健診未受診者が未受診の理由として、通院中であることと回答している³¹⁾。通院中であることは、本研究の交絡要因になる可能性があると考え、調整変数に加えた。また、サブグループ解析を行う要因として、調査年5月の就業の有無を用いた。

(3) 統計解析

まず、対象者の基本属性を家庭内ケアの種類ごとに、 χ^2 検定ならびに一元配置分散分析を用いて比較した。次に、家庭内ケアの種類による健診未受診のオッズ比(以下、OR)ならびに95%信頼区間(95% CI)を、ケアなし群を基準とし多変量ロジスティック回帰分析により推定した(未調整)。なお、ORの推定にあたっては、対象者の基本属性要因(年齢群、都道府県群)で調整した後(モデル1)、社会経済的要因(最終学歴、世帯における最多所得者の職種、婚姻状況、月間等価家計支出、就業の有無)を加えて調整し(モデル2)、最後に通院の有無を加えて調整を行った(モデル3)。また、子育てと介護を両方行うことによる健診未受診の超過リスク発生の有無を判断するため、子育てと介護間の交互作用の有無を確認した。

さらに、対象者の就業の有無によりサブグループ解析を行い、就業あり群・なし群それぞれにおいて、ケアなし群を基準としたその他のケア種類(子育てのみ、介護のみ、ダブルケ

表1 家庭内ケアの種類ごと対象者の属性

(単位 名)

	全員 (71,065)		家庭内ケアの種類								p 値
			ケアなし (40,023)		子育てのみ (27,026)		介護のみ (2,919)		ダブルケア (1,097)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
過去1年間の健診受診なし	23 868	33.6	12 843	32.1	9 499	35.2	1 026	35.2	500	45.6	<0.001
平均年齢(歳)	49.6		52.6		44.8		54.2		46.2		<0.001
年齢群											<0.001
40-44歳	17 970	25.3	3 146	7.9	14 312	53.0	75	2.6	437	39.8	
45-49	16 906	23.8	6 815	17.0	9 345	34.6	325	11.1	421	38.4	
50-54	17 376	24.5	13 334	33.3	2 931	10.9	912	31.2	199	18.1	
55-59	18 813	26.5	16 728	41.8	438	1.6	1 607	55.1	40	3.7	
最終学歴											<0.001
中学校以下	2 915	4.1	2 060	5.2	653	2.4	164	5.6	38	3.5	
高等学校	32 142	45.2	19 357	48.4	10 886	40.3	1 426	48.9	473	43.1	
専門学校・短期大学	21 178	29.8	10 560	26.4	9 408	34.8	832	28.5	378	34.5	
大学以上	7 825	11.0	3 844	9.6	3 627	13.4	236	8.1	118	10.8	
欠損	7 005	9.9	4 202	10.5	2 452	9.1	261	8.9	90	8.2	
就業											<0.001
あり	51 150	72.0	28 864	72.1	19 709	72.9	1 915	65.6	662	60.4	
欠損	278	0.4	190	0.5	75	0.3	8	0.3	5	0.5	
現在婚姻											<0.001
あり	61 519	86.6	33 711	84.2	24 395	90.3	2 448	83.9	965	88.0	
世帯における最多所得者の職種											<0.001
管理・専門職	25 259	35.5	13 503	33.7	10 500	38.9	884	30.3	372	33.9	
事務・販売・サービス職	19 260	27.1	10 915	27.3	7 382	27.3	670	23.0	293	26.7	
肉体労働職	16 833	23.7	9 712	24.3	6 136	22.7	737	25.3	248	22.6	
その他の職	4 346	6.1	2 413	6.0	1 659	6.1	194	6.7	80	7.3	
無職	4 434	6.2	2 910	7.3	1 025	3.8	407	13.9	92	8.4	
欠損	933	1.3	570	1.4	324	1.2	27	0.9	12	1.1	
月間等価家計支出(4分位) ¹⁾											<0.001
Q1(0-9.99万円)	16 116	22.7	8 316	20.8	6 734	24.9	754	25.8	312	28.4	
Q2(10.00-13.43万円)	18 123	25.5	8 943	22.3	8 063	29.8	779	26.7	338	30.8	
Q3(13.44-17.67万円)	16 665	23.5	9 292	23.2	6 492	24.0	659	22.6	222	20.2	
Q4(17.68-106.07万円)	17 044	24.0	11 672	29.2	4 573	16.9	627	21.5	172	15.7	
欠損	3 117	4.4	1 800	4.5	1 164	4.3	100	3.4	53	4.8	
通院											<0.001
あり	25 099	35.3	16 388	41.0	6 955	25.7	1 397	47.9	359	32.7	
欠損	311	0.4	185	0.5	117	0.4	5	0.2	4	0.4	

注 1) 月間等価家計支出は調査年5月の世帯総支出額を世帯人員数の平方根で除して求め、解析対象者全員の月間等価家計支出を4分位にして用いた。

ア)における健診未受診のオッズ比を推定した。統計解析にはSAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) を使用し、有意水準は両側検定で5%とした。

Ⅲ 結 果

家庭内ケアの種類による研究対象者の基本属性を表1に示す。研究対象者の33.6%が過去1年間の健診未受診だった。年齢分布は、子育てのみ群(以下、子育て群)ならびにダブルケア群では、40代が多く、ケアなし群と介護のみ群(以下、介護群)では、50代が多かった。各群の平均年齢は、ケアなし群52.6歳、子育て群44.8歳、介護群54.2歳、ダブルケア群46.2歳

だった。対象者の多くは就業中であり(72.0%)、現在婚姻中だった(86.6%)。通院ありの者の割合は、全体では35.3%だったが、子育て群では低く(25.7%)、介護群では高かった(47.9%)。

家庭内ケアの種類による健診未受診のORを表2に示す。ケアなし群と比較した、子育て群、介護群、ダブルケア群の健診未受診のOR(95%CI)は、基本属性を調整した場合はそれぞれ1.07(95%CI, 1.03-1.12), 1.16(95%CI, 1.07-1.26), 1.70(95%CI, 1.50-1.92)だった(モデル1)。社会経済的要因を加えて調整した場合は、1.09(95%CI, 1.05-1.14), 1.07(95%CI, 0.99-1.16), 1.49(95%CI, 1.31-1.69)であり(モデル2)、子育て群とダブルケア群においてケアなし群よりも健診未受診の

割合が有意に高かった。子育てと介護の交互作用を検討したp値は0.002であったことから、子育てに加えて介護も行うことにより、健診未受診の超過リスクが生じていることが示された。なお、通院中も調整要因に加えて検討したが、結果はモデル2と大きく変わらなかった。

就業の有無によるサブグループ解析の結果を表3に示す。就業なし群では、基本属性と社会経済的要因を調整した健診未受診のORは、ケアなし群と比較して、ダブルケア群のみで有意に高く(OR:1.45, 95% CI:1.18-1.79)、子育て群および介護

群においては有意差は認められなかった。就業あり群においては、同様に調整し、ケアなし群と比較したORは、子育て群で1.13(95% CI, 1.07-1.19)、介護群で1.08(95% CI, 0.97-1.20)、ダブルケア群で1.48(95% CI, 1.26-1.75)と、子育て群とダブルケア群で有意に高く、介護群では有意差は認められなかった。なお、就業あり・なしいずれの群においても、子育てと介護の交互作用は有意であったことから、ダブルケアを行うことによる健診未受診の超過リスクの存在を示している。したがって、子育てと健診未受診の関連は就業の有無によって異なったが、就業の有無に関わらず、ダブルケア群はケアなし群より健診未受診の割合が高く、

表2 家庭内ケアの種類による過去1年間の健診未受診のオッズ比

	家庭内ケアの種類				p値 (子育てと介護間の交互作用)
	ケアなし (40,023)	子育てのみ (27,026)	介護のみ (2,919)	ダブルケア (1,097)	
	オッズ比	オッズ比 (95%信頼区間)	オッズ比 (95%信頼区間)	オッズ比 (95%信頼区間)	
健診未受診者数	12 843	9 499	1 026	500	
未調整	1.00	1.15* (1.11,1.19)	1.15* (1.06,1.24)	1.77* (1.57,2.00)	
モデル1	1.00	1.07* (1.03,1.12)	1.16* (1.07,1.26)	1.70* (1.50,1.92)	<0.001
モデル2	1.00	1.09* (1.05,1.14)	1.07 (0.99,1.16)	1.49* (1.31,1.69)	0.002
モデル3	1.00	1.07* (1.02,1.12)	1.09* (1.00,1.19)	1.48* (1.30,1.69)	0.002

注 1) モデル1:年齢群,都道府県群で調整
 2) モデル2:モデル1+最終学歴,世帯における最多所得者の職種,婚姻状況,月間等価家計支出,就業の有無で調整
 3) モデル3:モデル2+通院の有無で調整
 4) *p<0.05, 両側検定

表3 家庭内ケアの種類による就業の有無ごとの過去1年間の健診未受診のオッズ比

	家庭内ケアの種類				p値 (子育てと介護間の交互作用)
	ケアなし	子育てのみ	介護のみ	ダブルケア	
	オッズ比	オッズ比 (95%信頼区間)	オッズ比 (95%信頼区間)	オッズ比 (95%信頼区間)	
就業状況					
就業なし 人数	10 969	7 242	996	430	
健診未受診者数	5 480	3 874	509	269	
未調整	1.00	1.15* (1.09,1.22)	1.05 (0.92,1.19)	1.67* (1.37,2.04)	
モデル1	1.00	0.97 (0.89,1.05)	1.09 (0.96,1.24)	1.43* (1.16,1.75)	0.01
モデル2	1.00	1.03 (0.95,1.11)	1.07 (0.94,1.23)	1.45* (1.18,1.79)	0.02
モデル3	1.00	1.00 (0.92,1.08)	1.09 (0.96,1.25)	1.44* (1.17,1.77)	0.02
就業あり 人数	28 864	19 709	1 915	662	
健診未受診者数	7 280	5 594	514	229	
未調整	1.00	1.18* (1.13,1.22)	1.09 (0.98,1.21)	1.57* (1.33,1.85)	
モデル1	1.00	1.09* (1.03,1.15)	1.10 (0.99,1.23)	1.49* (1.27,1.76)	0.03
モデル2	1.00	1.13* (1.07,1.19)	1.08 (0.97,1.20)	1.48* (1.26,1.75)	0.04
モデル3	1.00	1.11* (1.05,1.17)	1.09 (0.98,1.22)	1.49* (1.26,1.76)	0.04

注 1) モデル1:年齢群,都道府県群で調整
 2) モデル2:モデル1+最終学歴,世帯における最多所得者の職種,婚姻状況,月間等価家計支出で調整
 3) モデル3:モデル2+通院の有無で調整
 4) *p<0.05, 両側検定
 5) 就業状況に関する情報がない者を除く

介護群における割合はケアなし群と変わらなかった。

IV 考 察

本研究は日本人の代表性のある国民生活基礎調査のデータを用い、40-59歳の婚姻経験がある女性において家庭内ケアの種類により健診未受診の割合が異なることを明らかにした。家庭内ケアを行っていない女性と比較し、子育てを行っている女性では、健診未受診者の割合が高かった。特に子育てに介護も加わったダブルケアを行っている女性では、ケアを行っていない女性に比べて健診未受診の割合が約50%高いこ

とが明らかになり、ダブルケアによる超過リスクの存在が示された。一方、介護のみを行っている女性については、ケアを行っていない女性と比較して未受診割合に有意な差はみられなかった。また、就業の有無ごとのサブグループ解析の結果、子育てと健診未受診の関連は就業の有無によって異なるが、介護ならびにダブルケアとの関連は就業の有無によって変わらないことが示された。

著者らの知る限り、本研究は、ダブルケアを行う者と他の種類のケアを行う者やケアを行わない者の健診未受診者割合について比較した、初めての研究である。ダブルケアには、子どもとその他の家族への両方のケアのために、多くの時間とエネルギーを要する。ダブルケアは複数の家族に対してのケア提供者であることを意味する。したがって、ダブルケアは、家族からのニーズや、自身の人生における仕事等からのニーズが拮抗することで、ケア提供者にとってのストレスやワークライフバランスの乱れにつながる可能性がある²⁾。結果として、ダブルケアによりケア提供者が自身の健康管理を行う時間やモチベーションが減少したり、優先順位が下がる可能性が考えられる。実際、ダブルケアを行う者は他の種類のケア提供者やケアを提供していない者よりも、食事関連の健康行動をとる割合が低いことが報告されており、そのメカニズムとして、ケア提供者自身の健康よりもケアを受ける家族のニーズや利便性が優先された可能性や、ケア提供者が感じているストレスの存在が指摘されている²⁴⁾。

さらに、ダブルケア提供者における健診未受診割合が高かったことの理由として、ケアを受ける複数の家族を預けることが困難だった、という物理的な理由も推察される。近年では特定健診の会場に保育スペースを併設し、子連れ健診を可能とする自治体も出てきているが³²⁾、高齢者や障がい者向けのデイサービスも併設する健診は見当たらない。日本の政策では、子どもと高齢者は別々に区分されていることが指摘されており³³⁾、双方をつなぐコーディネーションが求められている³⁴⁾。

子育てと健診未受診の関連性については、ケアを行わない女性と比較して子育てを行う女性は健診未受診の割合が1割程度高いことが示された。特に、就業ありの女性のみを対象とした解析で、育児群の未受診割合が高かったことから、背景には、子育てによる多くのニーズにより就業中の母親の健診受診機会が失われた可能性とともに、子どもの預け先を確保することが難しかった可能性が考えられる。日本における小学生以下の子どもを持つ母親を対象としたニーズ調査結果では、生活習慣病予防健診・特定健診を未受診の被扶養者は、高い割合で子連れ可能健診を望んでいることを報告しており³⁵⁾、保育スペースを併設した特定健診会場は健診未受診者を呼び込むきっかけになる可能性がある。

また、介護を行う女性とケアを行わない女性の健診未受診の割合に有意な差は認められなかった。数時間であれば被介護者に留守番を頼むことができた可能性や、被介護者も健診対象者であったため、同行が可能だった可能性が考えられる。しかし、介護者のみを対象とした研究では、介護を受ける家族の要介護度が高くなるにつれて、介護者の健診受診率が低くなっていることが報告されているため³⁶⁾、将来の研究では、被介護者の要介護度も考慮に入れて検討する必要がある。

本研究は日本の代表性のある調査データを用いて、子育てや介護、ダブルケアによる健康行動への影響について検討した初めての研究である。ダブルケアを行う者は今回の解析対象者の中でも1.5%と割合が少なかったため、大規模調査データを用いてダブルケア提供者の状況把握が可能になったことは本研究の強みである。しかし、以下のようないくつかの限界も考えられる。まず、本研究は横断研究であり、結果の因果関係について評価を行うことはできない。しかし、本研究は、代表性のあるデータを用いた家庭内ケアの種類と健康行動に関する初めての研究であり、横断研究ではあるが疫学的な意義があると考えられる。次に、測定誤差が生じた可能性がある。本研究では子育てを18歳以下の子どもとの同居により定義した。しかし、子

どもとの同居が必ずしも子育てへの従事を表している訳ではない可能性が考えられる。ただし、その影響は結果の過小評価につながった可能性が高いと考えられる。最後に、本研究では考え得るさまざまな交絡因子を考慮して解析を調整したが残余交絡が存在する可能性が残されている。

2050年までに世界の高齢人口割合は、中所得国を含め急速に拡大することが予測されている³⁷⁾。その結果、家庭内ケアを行う生産年齢人口割合が増加し、ダブルケアを行う者の健康は将来的に世界の多くの国で公衆衛生上の懸念事項となるだろう。世界に先立って高齢化が進む日本において³⁷⁾、ダブルケアを含めた家庭内ケアを行う者の現状を把握した本疫学研究は、今後高齢化が進む他国にとっても意義がある結果を示したと考える。また、本研究により得られた知見により、健診未受診ハイリスク者であるダブルケアを行っている女性を把握し、健診受診につなげることの重要性が示された。

V 結 語

本研究により育児、特にダブルケアが女性ケア提供者の健康受診行動を阻害している可能性が明らかになった。ケア提供者の健康増進のため、未受診者の家庭内ケアの状況を把握し、それに対応した支援を行うことの必要性が示唆された。

謝辞

本研究は、JSPS科研費JP17K09109ならびにJP19K21482の助成を受けて実施しました。記して深謝します。また、開示すべきCOIはありません。

文 献

- Riley LD, Bowen CP. The Sandwich Generation : Challenges and Coping Strategies of Multigenerational Families. *The Family Journal* 2005 ; 13 : 52-8.
- Chisholm JF. The Sandwich Generation. *Journal of Social Distress and the Homeless* 1999 ; 8 : 177-91.
- Carers UK. Sandwich caring-combining childcare with caring for older or disabled relatives. (<https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/sandwich-caring>) 2020.9.30.
- Lingren HG, Decker J. G92-1117 The Sandwich Generation : A Cluttered Nest. (<https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1560&context=extensionhist>) 2020.9.30.
- 内閣府. 平成16年版少子化社会白書. (https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2004/pdf_h/honpen.html) 2021.2.9.
- 内閣府. 平成30年版少子化社会対策白書概要版. (<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2018/30pdfgaiyoh/30gaiyoh.html>) 2021.2.9.
- 内閣府. 令和元年版高齢社会白書(概要版). (https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/gaiyou/01pdf_indexg.html) 2021.2.9.
- 厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>) 2021.2.9.
- 男女共同参画局. 男女共同参画白書令和元年版. (http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r01/zentai/index.html) 2021.2.9.
- 男女共同参画局. 育児と介護のダブルケアの実態に関する調査報告書. (http://www.gender.go.jp/research/kenkyu/wcare_research.html) 2021.2.9.
- Arber S, Gilbert GN, Dale A. Paid employment and women's health : a benefit or a source of role strain? *Social Health Illn* 1985 ; 7 : 375-400.
- Floderus B, Hagman M, Aronsson G, et al. Self-reported health in mothers : the impact of age, and socioeconomic conditions. *Women Health* 2008 ; 47 : 63-86.
- Bellows-Riecken KH, Rhodes RE. A birth of inactivity? A review of physical activity and parenthood. *Prev Med* 2008 ; 46 : 99-110.
- Berge JM, Larson N, Bauer KW, et al. Are parents of young children practicing healthy nutrition and physical activity behaviors? *Pediatrics* 2011 ; 127 : 881-7.
- Hewitt B, Baxter J, Western M. Family, work and health : The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women. *Journal of Sociology* 2006 ; 42 : 61-78.
- Rattay P, von der Lippe E. Association between Living with Children and the Health and Health

- Behavior of Women and Men. Are There Differences by Age? Results of the "German Health Update" (GEDA) Study. *International journal of environmental research and public health* 2020 ; 17 : (9) : 3180.
- 17) Zwar L, Konig HH, Hajek A. Consequences of different types of informal caregiving for mental, self-rated, and physical health : longitudinal findings from the German Ageing Survey. *Qual Life Res* 2018 ; 27 : 2667-79.
- 18) Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers : a comparative cross-sectional study of the Swedish general population. *Health and quality of life outcomes* 2015 ; 13 : 109.
- 19) Burton LC, Newsom JT, Schulz R, et al. Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Prev Med* 1997 ; 26 : 162-9.
- 20) Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health : a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003 ; 18 : 250-67.
- 21) National Alliance for Caregiving, Caring Across Generations. *Burning the Candle at Both Ends : Sandwich Generation Caregiving in the U.S.* (https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2019/11/NAC-CAG_SandwichCaregiving_Report_Digital-Nov-26-2019.pdf) 2020.9.30.
- 22) Do EK, Cohen SA, Brown MJ. Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC Public Health* 2014 ; 14 : 362.
- 23) Suzuki Y, Honjo K. The association between informal caregiving and poor self-rated health among ever-married women in Japan : A nationally representative survey. *J Epidemiol* 2020.
- 24) Chassin L, Macy JT, Seo DC, et al. The Association between Membership in the Sandwich Generation and Health Behaviors : A Longitudinal Study. *J Appl Dev Psychol* 2010 ; 31 : 38-46.
- 25) 厚生労働省. 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準. (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000174018.pdf>) 2021.1.29.
- 26) Ikeda A, Iso H, Toyoshima H, et al. The relationships between interest for and participation in health screening and risk of mortality : the Japan Collaborative Cohort Study. *Prev Med* 2005 ; 41 : 767-71.
- 27) 厚生労働省. 2018年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000686037.pdf>) 2021.1.27.
- 28) 厚生労働省. 特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針 (平成20年厚生労働省告示第150号). (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info03i-10-02.pdf>) 2021.1.29.
- 29) 厚生労働省. 平成25年国民生活基礎調査の概況. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>) 2021.2.9.
- 30) Fukuda Y, Hiyoshi A. Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults : analysis of nationally representative surveys. *J Epidemiol* 2013 ; 23 : 21-7.
- 31) 後藤めぐみ, 武田政義, 開沼洋一, 他. 特定健診未受診者へのアンケート調査からみた未受診の要因と対策. *厚生 の 指標* 2011 ; 58 : 34-9.
- 32) 尼崎市. ヘルスアップ尼崎戦略事業レディース健診デイ. (<https://www.city.amagasaki.hyogo.jp/kurashi/kokuho/1001886/067kenshin16.html>) 2021.2.1.
- 33) 相馬直子, 山下順子. ダブルケア (子育てと介護の同時進行) から考える新たな家族政策-世代間連帯とジェンダー平等に向けて. *調査季報* 2013 ; 171 : 14-7.
- 34) 相馬直子, 山下順子. ダブルケアとは何か. *調査季報* 2016 ; 178 : 20-5.
- 35) 月野木ルミ, 村上義孝, 大澤絵里, 他. 被保険者・被扶養者別にみた子育て世代女性における健康管理状況と健康診断に関するニーズ調査. *厚生 の 指標* 2020 ; 67 : 7-13.
- 36) Sugiyama T, Tamiya N, Watanabe T, et al. Association of care recipients' care-need level with family caregiver participation in health check-ups in Japan. *Geriatrics & gerontology international* 2018 ; 18 : 26-32.
- 37) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2017 Report.* (https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf) 2020.9.30.